



**Mémoire présenté à la Commission d'étude sur
les services de santé et les services sociaux**

Laval, 5 et 6 octobre 2000

Par le Conseil régional FTQ Montréal métropolitain

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DU CONSEIL RÉGIONAL FTQ MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN	3
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : UN NÉCESSAIRE RÉINVESTISSEMENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX	7
Des besoins partout	7
Un nécessaire rattrapage dans les services sociaux	8
Les sources de financement	9
PARTIE 2 : POUR LE MAINTIEN ET LE DÉVELOPPEMENT D'UN RÉSEAU PUBLIC	9
Pour une vision globale des soins et des services	10
Dans les services de santé	10
Dans les services sociaux	11
PARTIE 3 : POUR UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ	12
La mise en réseau	12
L'organisation du travail	13
CONCLUSION	14

Présentation du Conseil régional FTQ Montréal métropolitain

Le Conseil régional FTQ Montréal métropolitain représente environ 200 000 travailleurs et travailleuses membres des sections locales de la FTQ de la grande région du Montréal métropolitain. Notre mission visant l'amélioration des conditions de travail mais aussi des conditions de vie des travailleurs et des travailleuses, toutes les questions reliées à la santé et aux services sociaux en tant que biens essentiels et droits fondamentaux de même qu'en tant que secteur de développement socio-économique nous interpellent au premier chef. Nous portons un intérêt pour le réseau de la santé et des services sociaux, certes parce que ce réseau est le milieu de travail de bon nombre de nos affiliés membres de sections locales du Syndicat canadien de la fonction publique et du Syndicat québécois des employés et employées de service. D'ailleurs, plusieurs de nos constats, de nos solutions et de nos questionnements émanent des expériences et des connaissances concrètes de ces travailleurs et travailleuses qui vivent quotidiennement à l'intérieur du réseau, qui en connaissent le fonctionnement intime, les forces et les faiblesses, et qui sont à même d'identifier des avenues de solutions réalistes. Mais notre intérêt se porte aussi, et beaucoup, sur le réseau en tant que dispensateur de services aux citoyens et aux citoyennes, donc à tous nos membres et à leur famille.

Nous remercions la Commission de nous entendre aujourd'hui à Laval. C'est en effet au niveau local et au niveau régional que les populations vivent au quotidien les réalités et problèmes du réseau de la santé et des services sociaux, d'où l'importance des consultations régionales qui leur permettent de s'exprimer. Il faut cependant reconnaître que les solutions se trouvent aussi et surtout au niveau national et que la présente démarche ne doit pas faire en sorte de régionaliser les solutions de façon à ce que l'accessibilité aux services ne soit encore plus inégale qu'elle ne l'est actuellement.

Présentant des enjeux et des problèmes vécus dans notre région, notre intervention s'associe pleinement à la démarche globale de la FTQ qui présentera ses positions lors des audiences nationales. Comme elle, nous prônons la nécessité d'un réinvestissement autant pour les services sociaux que pour les soins de santé; comme elle, nous défendons fermement le caractère public du réseau; comme elle, nous prônons le développement d'un réseau intégré de services sociaux et de santé qui identifie clairement les CLSC comme porte d'entrée, qui revoit l'organisation du travail de l'ensemble des personnels et qui revoit les modes de financement des établissements. Sans reprendre chacun des constats, chacun des questionnements et chacune des solutions qu'énoncera le mémoire national de la FTQ, nous mettrons l'accent sur certaines problématiques qui nous semblent des plus préoccupantes et sur certaines solutions qui nous apparaissent incontournables pour notre région. De plus, notre mémoire sera enrichi par celui de la section locale 2105 du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) qui représente du personnel de la Cité de la Santé de Laval, du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval, du CLSC-CHSLD Ste-Rose de Laval et enfin de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.

Introduction

Une population en santé (physique, mentale et sociale) constitue une richesse pour un pays. D'ailleurs, depuis quelques années, la santé, tout comme le niveau d'éducation, est désormais au nombre des critères de l'OCDE pour classer les pays au palmarès de la richesse. Et de plus en plus, l'idée de considérer les argents affectés à la santé et à l'éducation comme des investissements, plutôt que comme des dépenses, fait son chemin...

La maladie et les problèmes sociaux coûtent cher. D'abord aux individus qui en souffrent dans leur corps et souvent dans tout leur être, puis à la société tout entière qui doit payer pour guérir et pallier aux problèmes. Ne dit-on pas qu'il « vaut mieux prévenir que guérir »? Nous le disons depuis longtemps, c'est à l'ensemble des variables socio-économiques (pauvreté, chômage, manque d'éducation, etc.) qu'il faut s'attaquer si l'on veut prévenir l'apparition de la maladie ou de problèmes sociaux. Le lien déterminant entre les conditions socio-économiques et la santé d'une population n'est plus à démontrer. Or, à Laval, selon le Conseil régional de développement de Laval,

« En 1996, près de 70 000 personnes, soit un peu plus d'un lavallois sur cinq (21,4 %), vivaient sous le seuil de faible revenu, uen augmentation de 40,9 par rapport à lasituation qui prévalait cinq ans plus tôt.»¹

Le système des soins de santé et de services sociaux peut et doit participer aux vastes efforts collectifs que requièrent la prévention et le relèvement socio-économique. Malheureusement, la fonction actuelle du système relève presque exclusivement du curatif et du palliatif. Cette consultation à laquelle nous sommes conviés porte d'ailleurs uniquement sur la capacité du réseau de la santé et des services sociaux de répondre aux besoins curatifs et palliatifs qui découlent de la maladie et de problèmes sociaux. Nous centrerons donc notre propos autour de cet objectif. Mais, nous tenons quand même à souligner l'importance de la prévention socio-économique à laquelle peut et doit participer l'ensemble des activités gouvernementales. Nous tenons également à rappeler que les nombreuses coupures qui ont eu lieu dans le secteur de la santé et des services sociaux ont eu des effets dévastateurs sur le niveau de l'emploi et sur la qualité de ces emplois. Dans la grande région métropolitaine, on évalue qu'environ mille emplois ont été perdus dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années. C'est autant d'emplois, sinon plus, que ce que promet de créer, à plus ou moins long terme, l'entreprise Mosel Vitelic pour laquelle les gouvernements fédéral et provincial pourraient investir jusqu'à 1,3 milliard...

¹ *Planification stratégique régionale « Cap sur le développement durable » Document déclencheur Les enjeux de développement de la région de Laval, , Conseil régional de développement de Laval, avril 2000, page 40.*

Ceci dit, concernant la capacité de l'actuel réseau de répondre aux besoins, nous croyons qu'il faut l'analyser à la lumière des attentes de la population et de ceux et celles qui y travaillent. Du côté des attentes de la population, nous constatons que le degré de satisfaction des personnes qui ont bénéficié de soins et de services est assez élevé, du moins chez ceux et celles qui peuvent s'exprimer sur les soins et services reçus. En effet, certaines clientèles plus vulnérables, dont les personnes vivant dans un CHSLD, où 30% des services de base requis sont actuellement non comblés, n'ont souvent pas la capacité de s'exprimer. Avec le phénomène du vieillissement de la population qui cette situation, déjà très préoccupante, ira en s'aggravant si la situation n'est pas rectifiée. De même, des familles refusent la désinstitutionnalisation à tout prix et s'inquiètent à juste titre de la qualité des services qui seront donnés par les ressources dites intermédiaires et du manque de suivi des personnes ainsi désinstitutionnalisées. Par ailleurs, nous croyons que l'accès aux services constitue le problème principal de la population à l'égard du réseau : difficultés de trouver un médecin de famille, délais pour avoir un rendez-vous avec un spécialiste, engorgement des urgences, listes d'attente pour les chirurgies et les traitements, manque de lits pour les soins de longue durée, rationnement ou absence de soins à domicile pour les personnes âgées, manque de suivi auprès des clientèles désinstitutionnalisées que ce soit, par exemple, en déficience intellectuelle ou en santé mentale, etc.

Du côté des travailleurs et des travailleuses du réseau, malgré qu'ils réussissent encore à offrir un service de qualité, il faut rappeler que les coupures ont occasionné un alourdissement considérable de la tâche au cours des dernières années, pour celles et ceux qui sont restés en emploi. Résultats : on est fatigué, on court toujours, on a peu ou pas de temps à consacrer à la relation humaine, qu'on sait essentielle au bien-être et à la guérison, donc, on ne tire plus de satisfaction d'un travail bien accompli. Tous les ingrédients sont là pour l'épuisement professionnel qui, malgré l'énorme difficulté à le faire reconnaître par la CSST, menace dans plusieurs établissements.

À la Cité de la Santé à Laval, on constate ce phénomène dans plusieurs services. Bien sûr la situation de l'urgence, qui a fait les manchettes à de nombreuses reprises, a contribué à accentuer de façon importante le niveau de stress et d'épuisement du personnel en place. Mais ce phénomène est généralisé. Seulement au niveau de l'utilisation des infirmiers et infirmières auxiliaires on constate pour l'année 1999-2000 une variation à la hausse de 883 % en regard du temps supplémentaire. Alors que l'on semble vouloir faire disparaître cette profession, nous constatons une pénurie de main-d'œuvre, une main-d'œuvre qualifiée qui pourrait permettre une meilleure gestion des ressources en matière d'organisation du travail si nos « penseurs » du réseau faisaient preuve d'un peu plus de vision. Un rapport daté de mars 2000 de la Direction des soins infirmiers de la Cité de la Santé soulève cette problématique de surcharge de travail dans les termes suivants :

« Un essoufflement certain s'observe au niveau du personnel et rien n'indique que la sévérité ou les volumes d'activités baisseront en 2000-2001. Il est à noter que les accidents de travail ont augmenté de 27 % entre 1998 et 1999, en bonne partie chez les préposés aux bénéficiaires (66 % d'augmentation) ... Compte tenu que les activités

du service d'urgence sont en constante croissance (augmentation du nombre de patients couchés en attente de lit) et que tous les efforts devront être faits pour raccourcir plus les durées de séjour, il est peu probable que les unités de soins pourront soutenir la cadence encore longtemps, en maintenant les soins à un niveau de sécurité et de qualité acceptables. »

Dans la conclusion de ce rapport, la direction n'hésite pas à affirmer :

« ...si aucun renfort aux équipes de base n'est alloué, la qualité des soins peut être compromise. Cette situation a aussi un impact sur le personnel, dont l'épuisement est relié à l'impossibilité de maintenir un niveau de qualité adéquat dans les soins aux clients à moins de soutenir une cadence accélérée continue. Les risques associés à cette situation se confirment par la croissance de l'incidence des accidents. »

Il ne s'agit pas là d'un discours syndical, mais bien d'un cri d'alarme lancé par la direction des soins infirmiers de la Cité de la Santé de Laval. Le rapport termine en demandant un ajout de ressources considérant l'accroissement du volume d'activités des cliniques externes.

En tant que milieu de travail, le réseau de la santé et des services sociaux connaît également des sérieux problèmes d'organisation du travail, notamment au chapitre de la définition des tâches.

Trois principes, interreliés, devraient guider la recherche de solutions à ces problèmes du réseau. Le premier est celui de l'accessibilité pour tous et toutes, dans toutes les régions du Québec, aux services sociaux et aux services de santé. C'est ce que réclame la population, à juste titre. L'amélioration de l'accessibilité passe inévitablement par un ajout de ressources financières et humaines dans toutes les régions du Québec, d'autant plus qu'une revitalisation de l'emploi public est aussi un meilleur gage de santé de la population. Cet ajout de ressources fera l'objet de la première partie de notre mémoire.

Le deuxième principe est celui selon lequel les services de la santé et les services sociaux doivent conserver leur caractère public, et ce, autant en ce qui concerne la gestion et les activités de support qu'en ce qui concerne les soins et services aux personnes. Ceci fera l'objet de la deuxième partie de notre mémoire.

Parce qu'il faut aussi trouver les meilleures façons de faire pour que l'ajout de ressources financières et humaines soit utilisé à meilleur escient, nous proposons un troisième principe qui est celui du développement d'un véritable réseau intégré qui ajouterait à l'accessibilité et à la qualité des soins et des services, ce véritable réseau nécessitant une révision de l'organisation du travail à l'intérieur des établissements. Nous en traiterons dans notre troisième partie.

Bien entendu, pour sous-tendre le tout et pour faire des choix éclairés, il faut de l'information pertinente. Nous avons le sentiment d'un manque d'information assez généralisé pour un ensemble de problèmes ressentis mais peu ou pas documentés. Nous n'avons pas la prétention de posséder toute l'information requise. Nous tenterons toutefois d'éclairer certaines facettes de la réalité à la lumière des connaissances et des expériences des membres que nous représentons, simples citoyennes et citoyens ou travailleurs et travailleuses du réseau de même que de certaines recherches effectuées par nos affiliés.

Partie 1 : Un nécessaire réinvestissement en santé et en services sociaux

Des besoins partout

Il nous apparaît clair que toutes les composantes et toutes les missions du réseau ont atteint un niveau de sous-financement tel, qu'il constitue un point de rupture. Tous les types d'établissements manquent de ressources financières et humaines.

Nous avons déjà parlé du cas des CHSLD où, selon les experts, 30% des besoins de base ne sont pas assurés. En ce sens, nous saluons toutes les initiatives visant à améliorer la prestation des soins et services dans ces établissements. En certains endroits par exemple, on prône le mode « intégration milieu de vie », une approche qui tente d'humaniser les soins en respectant davantage les rythmes personnels des bénéficiaires. Mais il est aberrant de penser que l'implantation d'un tel mode se fera sans ajout de personnel et sans budget pour la formation du personnel.

À titre d'exemple, au CLSC/CHSLD Ste-Rose de Laval, on préconise l'implantation de ce concept. Par contre, les ressources disponibles ne sont pas suffisantes. De plus, on constate, comme partout ailleurs en CHSLD, un alourdissement important de la clientèle. Ainsi, les bénéficiaires atteints de la maladie d'Alzheimer sont intégrés à l'ensemble des unités de soins, plutôt que concentrés sur certaines unités; ceci rend encore plus complexe la tâche du personnel en place qui doit alors multiplier les interventions compte tenu de l'impact sur les autres personnes hébergées. On nous demande de respecter le rythme de vie et les horaires de la clientèle hébergée tout en ayant le même niveau de ressources. Nous ne demandons, quant à nous, qu'à quitter les modèles d'organisation du travail traditionnels s'apparentant au Taylorisme afin d'humaniser les soins offerts. Le personnel des soins infirmiers ne travaille pas à une chaîne de montage en industrie. Trop longtemps, le modèle de soins préconisé s'est apparenté à une telle approche. La multiplication des mesures de contention, la sur-médication, le « gavage » des bénéficiaires par manque de temps et de ressources sont autant d'avenues adoptées par nombre d'établissements pendant trop longtemps. On ne doit plus jamais fermer les yeux devant ces situations. Nous dénoncerons à chaque fois ces approches. Il faut dès

maintenant ajouter, entre autres, des postes de préposés aux bénéficiaires et d'infirmières auxiliaires en CHSLD, car ce sont d'abord ces personnes qui prodiguent les soins de base à la clientèle hébergée. Parler d'humaniser les soins aux personnes âgées sans cet ajout de ressources constitue un discours dénué de la plus élémentaire connaissance de la situation réelle de nos établissements lavallois.

Comme autre exemple, prenons le cas du CLSC/CHSLD du Ruisseau-Papineau. Alors qu'il y a trois ans on retrouvait un ratio d'une préposée aux bénéficiaires pour 6 patients autonomes ou semi-autonomes, aujourd'hui le ratio est d'une préposée pour 8 à 12 bénéficiaires non autonome. Qu'on nous parle ensuite « d'intégration milieu de vie »! Dans ce contexte, ce n'est pas très sérieux. De plus, dans cet établissement, on compte 8 lits d'urgence sociale et 10 lits d'hébergement temporaire. Les ressources disponibles en terme d'évaluation de la clientèle étant insuffisantes (une seule physiothérapeute), le personnel en place n'est pas en mesure de connaître adéquatement les besoins et spécificités de chacun; ceci rend la tâche plus lourde et l'intervention plus risquée (nombre accru d'accidents de travail, surcharge, etc.). Le même phénomène est observé chez les bénéficiaires qui sont « en transit » dans certains établissements en attente d'un placement permanent. Les budgets rattachés à cette clientèle sont souvent insuffisants en terme d'heures/soins. Selon nous, il faut ajouter rapidement des lits en soins de longue durée afin d'éviter d'avoir à faire subir de tels chambardements aux personnes âgées concernées.

Par ailleurs, dans les sept établissements privés conventionnés lavallois où nous représentons du personnel, nous constatons un manque dramatique de personnel infirmier (particulièrement de préposés aux bénéficiaires et d'infirmiers et infirmières auxiliaires) sur les listes de rappel. Les établissements ne parviennent pas à conserver leur personnel parce que le niveau de précarité est trop élevé et les disponibilités exigées inhumaines (jour, soir, nuit, toutes les fins de semaine...). Face à cette situation de pénurie chronique, c'est souvent le personnel à temps plein qui écope puisqu'on lui impose de faire du temps supplémentaire et qu'on lui refuse les congés prévus aux conventions collectives; ceci crée un haut niveau de stress, une surcharge de travail, une fatigue extrême et, en bout de ligne, un taux d'absentéisme plus élevé. Bref, c'est un cercle vicieux et la situation ne fait que s'aggraver (l'exemple du CHSLD St-Jude est à ce titre éloquent). Une partie de la solution réside dans la création de postes permanents à même le bassin important d'heures travaillées à temps partiel. Il faut se donner les moyens de retenir le personnel en lui garantissant la stabilité.

Un nécessaire rattrapage dans les services sociaux

Sans vouloir opposer les types d'établissements et les types de services, car nous croyons fermement qu'il est impossible de scinder les missions de services sociaux et de santé, nous constatons toutefois que les services sociaux ont souffert davantage au cours des dernières années et qu'il faudra y investir plus que nous ne l'avons fait auparavant. Force est de constater que les missions jeunesse, réadaptation, santé mentale et soins à

domicile sont les parents pauvres de notre système. D'ailleurs, le silence à ces propos dans le *Guide d'animation* de la présente Commission est assez évocateur. Pourtant, la primauté des soins de santé dans un contexte de réduction des budgets a eu des effets des plus inquiétants sur les services sociaux. Par exemple, dans bien des cas, suite au virage ambulatoire, les CLSC ont utilisé leurs maigres ressources pour assurer le soutien à domicile des patients en post-opératoire au détriment des services pour les personnes âgées et des services de prévention. C'est le cas dans plusieurs CLSC qui ont réduit, sinon abandonné, l'information donnée par les infirmières en milieu scolaire.

Dans le cas des vagues successives de désinstitutionnalisation, les ressources promises aux CLSC pour assurer les suivis n'ont pas véritablement accompagné la responsabilité qui leur a été confiée avec pour résultats un nombre important de laissés-pour-compte.

Les sources de financement

Nous parlons bien sûr ici du financement public de notre réseau car selon nous, la part du privé, par le paiement du particulier ou d'une assurance, est déjà trop importante. Si on prend par exemple le cas des personnes âgées en perte d'autonomie, les familles assument entre 75% et 80% de l'aide, ce qui se traduit par des coûts importants.

Il faut que le gouvernement québécois réinvestisse massivement. Nous supportons évidemment le gouvernement québécois dans ses revendications auprès du gouvernement fédéral concernant le Transfert canadien en santé et programmes sociaux et soulignons l'importance que ce financement soit récurrent. Mais de la même façon, nous croyons qu'il est important que le gouvernement québécois investisse lui-même des sommes récurrentes dans le réseau. Nous n'avons pas de solution miracle à proposer pour remplir les coffres de l'État. Mais nous profitons de cette occasion de réflexion, que le gouvernement québécois s'impose, pour lui rappeler l'engagement d'une réforme de la fiscalité qu'il a pris lors du dernier sommet économique.

Partie 2 : Pour le maintien et le développement d'un réseau public

Autant au chapitre de la prestation des services qu'en regard du financement du réseau de la santé et des services sociaux, nous réaffirmons notre opposition à la privatisation sous toutes ses formes, dont le désengagement de l'État vis-à-vis certains services et l'impartition (qui ouvre la voie à la privatisation). Nous croyons que l'ensemble de la prestation des services doit demeurer du ressort public. Le réseau public a déjà fait ses preuves quant à sa capacité d'offrir des services et des soins de qualité à tous. De plus, le secteur privé est de loin plus coûteux et ne règle pas les problèmes d'accessibilité. Nous croyons que ceux et celles qui favorisent la privatisation ne le font pas pour des raisons d'économies pour le système de santé et de services sociaux mais bien pour des raisons idéologiques visant à favoriser la commercialisation (et des profits qui en découlent). Pour

notre part, la santé est un bien trop précieux pour qu'on se permette de la soumettre aux impératifs du profit.

Pour une vision globale des soins et des services

Avant de vous exposer nos inquiétudes face au vent de privatisation qui souffle sur le réseau, nous tenons à insister sur notre vision globale de ce que doivent être des soins et des services aux personnes. Selon nous, les besoins de la personne malade ou de la personne qui nécessite des services sociaux sont interreliés, complémentaires, et forment l'ensemble de ce qu'on appelle le bien-être ou la qualité du milieu de vie. Pour guérir ou pour bien vivre, elle a besoin de soins médicaux ou de soins personnels (bain, aide pour les déplacements....), certes, mais elle a aussi besoin de bien manger, d'être dans un milieu propre et bien entretenu, d'avoir des vêtements propres et confortables, etc... Selon nous, les services de support sont en lien direct avec la santé et le bien-être, et leur qualité est aussi indispensable que la qualité des soins. Les personnes qui effectuent ces tâches de support font, elles aussi, partie du milieu de vie qu'est l'établissement ou le domicile. Nos inquiétudes en regard de la privatisation s'exprimeront donc autant sur la prestation des services de support que sur la prestation des soins pour lesquels le réseau public possède une expertise, du personnel compétent et des équipements qu'il ne doit pas compromettre.

Dans les services de santé

Bien qu'en matière de santé il y ait peu de pure privatisation, nous aborderons ici trois questions préoccupantes : les exemples étrangers de privatisation des soins de santé; les impacts du droit des médecins d'exercer autant dans le système privé que dans le système public québécois et, la privatisation ou l'impartition des services dits auxiliaires.

Concernant les exemples étrangers, nous tenons à indiquer clairement que nous ne voulons pour aucune considération nous rapprocher du système américain où il en coûte deux fois plus cher qu'ici pour administrer le système de santé, sans parler du sort que subissent les citoyennes et citoyens américains qui ne possèdent pas d'assurances. Qu'il suffise de mentionner l'étude du *New England Journal of Medicine*² qui démontre que les hôpitaux privés à but lucratif américains coûtent plus cher à administrer, chargent des prix plus élevés pour la prestation de leurs services et assument des coûts supplémentaires pour la gestion, le marketing, et autres activités connexes inhérentes à une entreprise privée (dépenses inexistantes dans un réseau public). Aux États-Unis, en 1995, la dépense moyenne par patient était de 732 \$ de plus dans le secteur privé à but lucratif que dans le secteur privé à but non lucratif (le secteur public étant inexistant). Pour ce qui est de l'exemple Albertain, on constate que les listes d'attente ne diminuent pas et que les

² Silverman, E., J.S. Skinner et E.S. Fisher, « *The association between for-profit hospital ownership and increased medicare spending* », *The New England Journal of Medicine*, vol. 342, no 6, août 1999, p. 420 à 426.

coûts humains augmentent, sans parler du message que l'instauration d'hôpitaux privés enverra aux compagnies américaines, l'ALÉNA n'ayant jamais exclus les soins de santé.³

Du côté de la pratique des médecins, tous les services offerts sont couverts par la RAMQ, ce qui pourrait laisser entendre qu'ils sont accessibles et gratuits. Or, l'État s'est désengagé face à plusieurs soins, tels la psychologie et la physiothérapie. Obtenir un rendez-vous avec un neuropsychologue dans un hôpital peut prendre des années alors que ce même spécialiste peut vous voir dans un délai d'un mois dans son cabinet privé. Pour d'autres soins, tels une mammographie, les délais sont également longs faute de ressources suffisantes. Alors quand notre médecin nous en recommande une (ou à notre conjointe) après avoir décelé une « bosse », on n'attend pas des mois et on va dans une clinique privée. Si on en a les moyens, bien sûr; sinon, on angoisse....

Concernant les services dits auxiliaires, nous le répétons, ces services font partie d'un ensemble, qu'est le bien-être nécessaire à la qualité de vie et à la guérison, et on doit en assurer la même qualité que pour les soins. Nous nous inquiétons donc de cette tendance qui voudrait privatiser par exemple les services alimentaires ou les services de buanderie des hôpitaux. Selon nous, les expériences d'impartition ouvrent la porte à d'éventuelles pures et simples privatisations. Depuis quelques années, de nombreux postes ont été abolis dans les services de support de nos établissements lavallois. En CHSLD, avec l'approche « intégration milieu de vie », ces services sont l'essence même de la mission des établissements. Envisager quelque forme d'impartition ou de privatisation dans ces secteurs porterait directement atteinte à la qualité de vie des personnes hébergées. Nos gens sont compétents, efficaces et n'ont rien à envier au secteur privé en terme de productivité. Des économies à ce niveau ne sauraient que profiter à des entreprises en quête de marges de profit toujours plus importantes.

Au CLSC/CHSLD du Ruisseau-Papineau, c'est 31 % des postes du service de l'entretien sanitaire qui ont été abolis ces dernières années. On ne peut indéfiniment niveler par le bas sans que l'utilisateur, en bout de ligne, ne soit touché. Les services auxiliaires ne doivent pas être livrés en pâture à l'entreprise privée. Le gouvernement doit faire cesser cette menace quasi constante qui vient continuellement « saper » le moral et la motivation du personnel que nous représentons.

Dans les services sociaux

À la faveur des diverses désinstitutionnalisations pour les déficients intellectuels, les malades mentaux ou les jeunes en difficultés, des dérives importantes voient le jour avec la création des ressources dites intermédiaires. Ces ressources intermédiaires sont des entreprises privées à but lucratif qui embauchent soit des personnes n'ayant aucune compétence spécifique ou encore des jeunes finissants sans expérience. Le taux de roulement du personnel est très élevé, les salaires étant très faibles, à peine au-dessus du salaire minimum. On doit se questionner sérieusement sur la qualité des services donnés

³ *Les hôpitaux privés en Alberta*, Document d'information, Service de recherche du SCFP, janvier 2000, 15 pages.

à ces clientèles des plus vulnérables. À long terme, ces pratiques risquent fort de coûter plus cher au système, sans compter ce qu'il en coûtera aux personnes mal traitées, mal soignées. Et qu'est-ce qu'on fera avec ceux et celles qui ne fonctionneront plus dans ces ressources? S'il y a des clientèles pour lesquelles un rattachement institutionnel est indispensable, il s'agit bien de celles-là.

Les entreprises d'économie sociale nous inquiètent également, en particulier dans les soins à domicile : bas salaires, roulement de personnel de 50 %... Ces entreprises connaissant des problèmes de survie, elles réclament maintenant le droit d'offrir des soins à la personne; cela est d'autant plus inquiétant que la ministre s'est montrée ouverte.

Partie 3 : Pour un réseau intégré de services sociaux et de santé

Notre système de santé se caractérise par de grandes distinctions entre les différents types d'établissements, autant en terme de mission qu'en terme de fonctionnement, ceux-ci souvent mal connus de la population. Cette division ouvre la porte à une concurrence entre les types d'établissement, notamment pour le financement. Elle permet peu la coordination du système, ni la compréhension de celui-ci alors que le cheminement d'un patient peut le mettre en contact successivement et même simultanément avec plusieurs types d'établissement. Le système recèle d'évidentes incohérences. Par exemple, pourquoi aller chez son médecin et payer 25 \$ lorsqu'un « papier de médecin » requis par la CSST est gratuit à l'urgence de l'hôpital?

Par ailleurs, à l'intérieur même de chaque établissement, on observe des chasses-gardées et des batailles professionnelles qui ne servent personne, ni en terme de coûts, ni en terme de bien-être.

La mise en réseau

Les différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux gagneraient grandement à être mieux connues de la population et mieux coordonnées entre elles. Cette coordination passe par une nécessaire mise en réseau des établissements (hôpitaux, CLSC, CHSLD publics et privés conventionnés, cabinets et cliniques médicales). Le concept du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval correspond tout à fait à cette vision intégrée; nous nous réjouissons de la réalisation de ce projet sur le territoire lavallois. La mise en réseau ne nécessite pas nécessairement des fusions d'établissements comme on l'a fait ces dernières années pour certains hôpitaux, CLSC et CHSLD, de telles fusions amenant une déshumanisation des milieux de vie et de travail que sont les établissements. Par ailleurs, dans le respect d'un certain degré d'autonomie des établissements, nous croyons qu'il faut conserver des normes nationales.

À notre avis, avec leur territoire à l'échelle humaine, les CLSC, devraient être la porte d'entrée du système; il s'agit d'ailleurs de leur mandat d'origine. Il faudrait toutefois qu'ils

aient les pouvoirs et les moyens d'agir et qu'ils soient « attirants », entre autres en étant ouverts en tout temps; il faudrait également que leurs services soient mieux connus. Actuellement, pour plusieurs soins, c'est encore plus simple et plus rapide d'aller à l'hôpital, d'autant plus que dans bien des cas, on ne sait pas que le CLSC pourrait répondre au besoin.

Quant aux médecins, il faut véritablement les intégrer dans le réseau et cela passe par leur organisation du travail et par leur rémunération. En matière d'organisation du travail, il faut développer une « définition de tâches » qui tienne compte des diverses dimensions et des divers lieux du travail médical. Il faut aussi développer des mécanismes (coercitifs et pas seulement incitatifs) qui feraient en sorte que les médecins ne seraient inscrits à l'assurance-maladie qu'en participant à l'ensemble de cette description de tâches ou en s'entendant entre eux pour une répartition des tâches sur un même territoire. En matière de rémunération, il faut questionner le paiement à l'acte comme mode généralisé de rémunération, celui-ci handicapant toute transformation des pratiques.

Côté financement, nous voulons attirer l'attention de la commission sur la situation suivante que nous trouvons aberrante : les budgets affectés à l'entretien des bâtisses relèvent des établissements alors que les budgets de construction relèvent du ministère. Il devient compréhensible, surtout dans des périodes de restrictions budgétaires, de réduire l'entretien et de laisser les édifices se dégrader ... pour mieux rebâtir ! Le tout en payant d'énormes frais de location et de relocalisation en attendant des nouvelles constructions ou des rénovations majeures. Ce type de gestion nous apparaît comme un gaspillage des fonds publics.

Toujours au chapitre de la mise en réseau, nous nous questionnons sur le rôle des régies régionales. Il s'agit d'un palier coûteux dont le rôle, mis à part la direction de la santé publique et les services spécialisés, ne nous semble pas évident. Le moins qu'on puisse en dire est que les régies régionales ne remplissent pas leur rôle originel et qu'elles n'ont pas toutes la même efficacité.

L'organisation du travail

Nous terminerons ce mémoire en abordant le thème de l'organisation du travail sous l'angle suivant : « le bon personnel au bon endroit ». En effet, nous croyons qu'au fil du temps, une sur-spécialisation des soins et des chasses-gardées se sont installées au sein des établissements, au détriment de la logique et des besoins du système. Nous pensons aux médecins qui délèguent peu aux infirmières, bien sûr. Mais nous pensons aussi aux infirmières qui, contrairement à ce qui se passe dans le Grand Nord québécois, ne délèguent que la moitié des actes qu'elles ont le droit de déléguer. Par ailleurs, la qualité des soins passe aussi en bonne partie par l'augmentation du nombre de minutes que les préposés consacrent aux patients dans les soins de base.

Nous croyons qu'il est important que les tâches de chaque catégorie de personnel soient bien définies permettant alors de développer un véritable travail d'équipe qui tienne compte des forces de toutes les catégories de personnel tout en réduisant au possible le « snobisme » que les différentes catégories de personnel développent les unes face aux autres et en réduisant les coûts. Car il n'y a pas avantage à payer un médecin spécialiste pour faire le travail d'un médecin généraliste pas plus qu'il y a avantage à payer une infirmière pour faire un travail pour lequel une infirmière auxiliaire a les compétences.

Conclusion

Nous n'avons pas répondu à toutes les questions de la ministre, certes. Nous avons voulu mettre l'accent sur certains des aspects qui nous préoccupent le plus afin de répondre aux problèmes d'accès aux soins de santé et de services sociaux de qualité pour l'ensemble de la population tout en améliorant le cadre de vie et de travail dans les établissements du réseau dans notre région.

Notre propos se résume aux trois grands éléments suivants :

- La nécessité d'un réinvestissement majeur de ressources humaines et financières dans l'ensemble du réseau;
- La conservation du caractère complètement public du réseau de la santé et des services sociaux;
- Le développement d'un réseau intégré identifiant les CLSC comme porte d'entrée et revoyant l'organisation du travail de l'ensemble des personnels.

Nous vous remercions de votre attention.